

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

LE QUATTRO S (*STAPHYLOCOCCAL SCALDED SKIN SYNDROME*)

Paola Pascolo¹, Irene Berti², Lorenzo Calligaris²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

²IRCCS Materno-Infantile “Burlo Garofolo”, Trieste

Indirizzo per corrispondenza: paolapascolo@gmail.com

Una bambina di 8 anni giunge alla nostra attenzione in visita dermatologica urgente per storia recente di dermatite periorale con lesioni crostose e bolle in peggioramento da circa una settimana, in terapia con amoxicillina + acido clavulanico (8 ml ogni 8 ore) e prednisone (25 mg/die) da 48 ore, senza segni di miglioramento. Mai febbre. Il volto appare tumefatto, l'eritema si estende al collo e alla porzione superiore del tronco anteriormente; la bambina lamenta un dolore urente pur mantenendosi in buone condizioni generali e apiretica. Nel sospetto di una dermatite bollosa da esotossine epidermolitiche (*Staphylococcal Scalded Skin Syndrome*, SSSS) ha avviato da subito duplice terapia antibiotica (clindamicina e oxacillina) per via endovenosa associata a immunoglobuline ev (IVIg) a scopo antinfiammatorio. Tuttavia il quadro clinico, dopo un transitorio miglioramento, peggiora, e dopo 48 ore di ricovero l'eritema cutaneo inizia a estendersi. In assenza di beneficio clinico, la diagnosi è stata messa in discussione e, nel timore di reazione avversa da farmaci, la terapia antibiotica è stata sospesa e avviata terapia con metilprednisolone ev con parziale miglioramento.

In quarta giornata di ricovero abbiamo ricevuto gli esiti del tampone cutaneo: *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente! Abbiamo quindi sospeso la terapia cortisonica e avviato terapia con teicoplanina ev con rapida risoluzione del quadro clinico (praticamente scomparso in 24 ore).

La *Staphylococcal Scalded Skin Syndrome* (SSSS) è una dermatopatia bollosa causata da esotossine epidermolitiche (ETA e ETB) prodotte da alcuni ceppi di *Staphylococcus aureus*. È una condizione relativamente rara (0,1 casi su un milione). L'esordio è generalmente improvviso, acuto e associato a febbre. La pelle che fa male è un elemento caratteristico, quasi patognomonico. Generalmente coinvolge bambini piccoli compreso il neonato e può comportare una grave compromissione clinica (disidratazione).

Entra in diagnosi differenziale con la sindrome di Stevens-Johnson, ma in questo caso ci si aspetta il coinvolgimento delle mucose, o con la necrosi epidermica tossica, per la quale però dovrebbe esserci anamnesi positiva per assunzione di farmaci.

La terapia è principalmente antibiotica (anti-stafilococcica) e di supporto se necessario. Viene riportato in letteratura il beneficio da trattamento con IVIg.

Il nostro caso, classico sul piano clinico, è particolare sia per l'età di insorgenza sia per il riscontro di un ceppo di stafilococco meticillino-resistente in un paziente senza storia di ospedalizzazione. La diffusione in comunità di ceppi meticillino-resistenti è effettivamente in aumento.

Morale della favola: quando il quadro clinico è caratteristico, riconsidera la terapia prima che la diagnosi!